Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*02.04.2020, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	RKI,

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 2 Leitung
  - Thomas Lampert
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  -
- FG14
  -
  -
- FG17
  -
- FG 32
  -
  - 
- FG35
  -
- FG36
  -
- FG37
  -
- IBBS
  -
- Presse
  -
- ZIG1
  -
- BZGA:

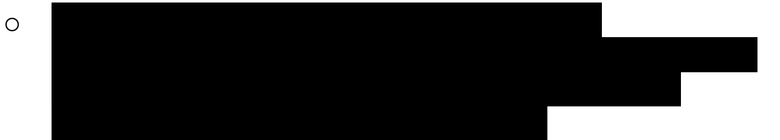
TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier) ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Der Trend in Italien setzt sich fort. ▪ Die Fallzahlen in den USA steigen weiterhin sehr stark an. ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Keine wesentlichen Änderungen ○ Methodik der Darstellung der Kurve: ▪ Es handelt sich nicht um die Darstellung eines zentrierten moving average, bei einem zentrierten moving average über 7 Tage werden die aktuellen 3 Tage nicht dargestellt. Da die aktuelle Woche relevant ist, wurde darauf verzichtet. Auswertung von FG31 erstellt. ○ [redacted] Zuletzt GB, Nordirland und USA in Anordnung/NOTAM aufgenommen ○ <u>Schweden:</u> ▪ Seit gestern 10% mehr Fälle, Fallsterblichkeit 4,8%, 393 Fälle auf ITS, Fälle sehr verteilt über das Land, Stockholm am höchsten, 36.900 Tests durchgeführt (Positivquote ca. 12%), zunehmend gibt es Kritik an schwedischem PH Institut, Maßnahmen in Stockholm werden von anderen Regionen als neg gesehen, ▪ Verkehrsverbindungen: Inlandsreisen sind eingeschränkt möglich, Fährenverkehr: PAX beschränkt auf 299, vornehmlich Frachtverkehr, Grenzen für Autoverkehr offen, Flugverkehr eingeschränkt. ▪ Schließung nur einiger Skigebiet (3 von 6) ○ <u>Österreich:</u> ▪ Insgesamt scheint die Kurve abzuflachen, Tirol, Voralberg und Salzburg zeigen die höchsten Inzidenzen. ▪ 0,1% der Bevölkerung wurden pos. getestet (18% Positivquote), Verdopplungszeit wird länger: gestern 6,4 Tage und heute 7,4 Tage ▪ Stichprobentests werden durchgeführt: repräsentatives Kollektiv wird abgestrichen, um Rückschlüsse auf Untererfassung zu erhalten	ZIG1

- ▪ Verlauf von Reff: Mitte März lag er bei 4, derzeit bei 1,2
- ▪ Nachfrage zu Reff-Kurvenverlauf: Warum wird das Konfidenzintervall bei den aktuellen Daten geringer, während es am Beginn der Kurve größer ist – in D aufgrund von Meldeverzug etc. bei jüngeren Daten das Konferenzintervall größer, klärt ZIG1

- o <u>Kanada:</u>
  - ▪ starker Zuwachs, sehr unterschiedlich im Land verteilt, Testung insges. Positivquote 3,5%, Altersprofil v.a. Jüngere, Ältere noch nicht so stark betroffen – erklärt geringere Fallsterblichkeit (1,1%)
  - ▪ Kanada hat starke Maßnahmen in Kraft, aber derzeit noch zu früh für Bewertung, wie der Verlauf ist.
- o Vergleichbarkeit der Positivquoten: Indikator für Teststrategie – eine hohe Positivquote bedeutet, dass v.a. schwere Fälle getestet werden — Alle
- o Studien mit PCR-Stichprobentests:
  - ▪ In Presse z.T. Fragen, warum in D nicht auch PCR Stichprobenuntersuchungen gemacht, auch von Cochrane Deutschland hat empfohlen entsprechende großangelegte Studien zu beginnen.
  - ▪ Die derzeitige virologische Surveillance ist relativ insensitiv.
  - ▪ Es wäre ein großes Studienkollektiv nötig (einzelner Querschnitt zu verschiedenen Zeitpunkten) und erscheint aufgrund der relativ kurzen Zeit der Nachweisbarkeit nicht sinnvoll, würde viel Testkapazität binden.
  - ▪ In der AG Diagnostik ist die Maßgabe die Diagnostik auf die Testungen zu fokussieren an die sich unmittelbar Maßnahmen ableiten. Bei Konkretisierung der Fragestellung könnte es sinnvoll sein: z.B. PCR-Testung von HCW, um entsprechende Maßnahme anzupassen.
  - ▪ Grundsätzlich werden derzeit schon viele Personen per PCR getestet und es wird kein Gewinn durch eine PCR-Stichprobenuntersuchung gesehen.
  - ▪ Es erscheint besser sich auf serologische Surveillance zu konzentrieren.

National — FG32

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - o SurvNet übermittelt: 73.522 (+ 6.156, 8%), davon Todesfälle 872(+140)
  - o Genesene: 21.400, es wird aber derzeit der Algorithmus verändert
  - o Epidemiologische Kurve in Deutschland: Bei relativ vielen Fällen werden die Erkrankungsdaten erst später nachgetragen
  - o Expositionsorte International: v.a. durch repatriierte

Personen noch viele internationale Expositionsorte
- Expositionsorte National: BY, BW und HH haben Inzidenz >130
- Trendanalyse BL: Alle dargestellten BL zeigen rückläufigen Trend
- Geographische Verteilung: Schwerpunkt in BW, BY und NRW sichtbar
- 7-Tage-Inzidenz:
  - Derzeit 80 LK 51-100 Fälle/100.000 Einwohner und 20 >100 Fälle/100.000 Einwohner
  - Darstellung wird aber von den Medien aufgenommen und verbreitet
- 3-Tage/5-Tage-Inzidenz: Abnahme ist sichtbar
- Vergleich mit Vorwoche: Die Inzidenzen sind noch höher in der aktuellen Karte im Vgl. zur Vorwoche.
- Trendanalyse Kreise:
  - Abnahme in HH und München, insgesamt bei den meisten stabiler abnehmender Trend, konsolidiert sich, könnte aber ggf. auch auf Limitationen der Testung hinweisen
- Alters- und Geschlechtsverteilung: Inzidenz wurde auch in Dashboard aufgenommen.
- Alters- und Geschlechtsverteilung der Todesfälle: hängt etwas nach, da derzeit noch viele auf der ITS
- DIVI-IntensivRegister:
  - Derzeit 975 Kliniken/Abteilungen
- Anzahl Labortestungen: hat sich nicht weiter erhöht, teilnehmende Labore konstant geblieben, aber nur 143 haben in der KW13 ihre Testkapazität gemeldet, es gibt Rückstau von 24-25.000 Proben
- 
- EuroMOMO (Folien hier)

FG37, BZgA, alle

- Analyse der Altersentwicklung der Ausbrüche und spezielle Materialien für Altenpflegeheime
  - Aufgabe ist an FG14 und FG37 vergeben worden – FG37 hat FF
  - In Arbeit sind Dokumente zum Hygienemanagement, zum Personalmangement (IBBS bringt das in geeignete graphische Form), zum Surveillancesystem und zu Ausbrüchen (von [geschwärzt]), die alle zusammengestellt werden sollen
  - Anfrage vom BMG [geschwärzt] an FG37 zu Austausch dazu
  - [geschwärzt]

FG35

- Personal, das mit zu Pflegenden zu tun hat, sollte generell MNS tragen
- Wichtig Punkt Masken mit Ventil sollte aufgenommen und in den Dokumenten klar gestellt werden

- Ausbruch v.a. im Alten- und Pflegeheim: derzeit 19 infiz. Bewohner (5 hosp., 1 Todesfall), 11 infiz. Pflegekräfte
- 25% Bewohner sind männlich, 75% weiblich, Altersmedian 86, infizierte Bewohner sind im Median deutlich älter (>90)
- Bei Ankunft des RKI-Teams alle isoliert in den Zimmern mit zugeordneten Pflegekräften, pos. getestete Pflegekräfte werden nicht eingesetzt
- Auch auf Empfehlung des Teams wurden alle Personen, auch in den anderen Wohnbereichen getestet, dort gab es auch Infizierte
- Neukohortierung: 2 Wohnbereiche mit infizierten Bewohnern mit zugeordneten Pflegekräften
- Danach bislang nur eine Bewohnerin neu pos. getestet
- Epidemiekurve: Erkrankungsdatum vor allem im Heim weitgehend unbekannt, wenige Fälle mit unklarer Zuordnung, immer wieder reiseassoziierte Fälle bzw. Fälle aus anderem Kreis
- Von einem der 3 Fälle ging Ausbruch im Pflegeheim aus: Er hat zunächst seine Frau infiziert, die im Pflegeheim arbeitet. Die Frau hatte eine Nacht Schüttelfrost, morgens ging es ihr aber gut und sie hat 2 weitere Tage gearbeitet, danach wurde ihr Mann pos. getestet, erst in der Quarantäne ist sie erkrankt; MNS hätte, wenn konsequent getragen, geholfen.
- Grundsätzlich gab es, sobald ein Fall bekannt wurde i.d.R. nur noch einen weiteren Fall unter den Kontakten.
- Probleme bei Info-Management im GA (viele Infos versandeten), benötigt wurde Exceltabelle für Fälle und Kontrollen, um neue frische Befunde nachzuschlagen,

	Zusammenhänge zu erkennen und nachzuhalten, Gearbeitet wurde z.T. mit gefaxten Listen oder PDF Listen, die z.T. abgetippt werden mussten. Schwierigkeit Daten abzugleichen. o Klassische Instrumente der Ausbruchseindämmung haben funktioniert, aber Voraussetzung, um solch einen Ausbruch unter Kontrolle zu bringe ist hohe Testkapazität o GA war dankbar für RKI Dokumente o Ambulante Pflegedienste und auch andere Heime im Kreis wurden informiert und sollten niedrigschwellig bei respirator. Symptomen testen • ARS (Folien hier): o Aufgetragen Mittelwert der Anzahl der Tage zw. Abnahme und Testung im Labor und Testdatum, zusätzliche Info Anzahl Testungen (Größe der Pkt.) o Zeit zw. Abnahme und Testung nimmt zu – im Mittel 2- 3 Tage – Delay zeigt, dass Belastung in Laboren größer ist o Roter Strich = neues Flussschema → es ist nicht ersichtlich, dass daraufhin mehr getestet wurde o [geschwärzt] o [geschwärzt] o Positivenanteil für D ist relativ stabil, etwas heruntergegangen nach dem 24.03. o BL: Positivenanteil in BY über 15%, nur dort wo weniger Fälle ist er stabil o 20-25% der Teste, die durchgeführt werden bei ARS erfasst – täglich wird es mehr o Bei einzelnen Proben z.T. 6-7 Tage zw. Abnahme und Testung, aber Verzögerung bis zur Meldung in dem System nicht darstellbar o Wichtiger Feedbackmechanismus für Labore o ARS-Teilnahme in Sachsen mehr oder weniger verbindlich (best practice), Darstellung heute in TK mit Ländern, vielleicht können dadurch noch mehr gewonnen werden *ToDo: ARS-Daten zusammen mit den anderen Labordaten einmal in der Woche in den Lagebericht, FG37, LZ*	FG37
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Relevanz asymptomat. Personen im Ausbruchsgeschehen** • Frage, ob das relevante Gruppe für Übertragungen darstellt, neue Publikation aus China • Es ging um Entlasskriterien von Pat., die asymptomatisch sind, aber per Zufall pos. getestet wurden, ggf. Empfehlung zum permanenten Tragen von MNS. • Laut WHO Bericht aus China keine große Rolle, aber aktuelle	IBBS, alle

	Einschätzung ggf. anders • Rolle von Personen komplett ohne Symptome kann man schlecht abschätzen, Größe des Anteils unklar • [geschwärzt] • Man könnte Ausbruch in Erstaufnahmeeinrichtung nutzen, um die Frage zu untersuchen (21 pos. getestet, zu dem Zeitpunkt asymptomat.) • Ggf. kann die Frage auch bei den bevölkerungsbasierten Studien in Skandinavien geklärt werden - wenn das Umfeld von pos. Getesteten auch getestet wird • KH screenen derzeit z.T. jeden Patienten der neu aufgenommen wird – führt zu 3 Teilung in allen Einrichtungen • Bei Empfehlungen für vulnerable Gruppen wird davon ausgegangen: Daher die Empfehlung, dass die ganze Zeit mit MNS gearbeitet werden soll. • Bei vom CDC untersuchten Ausbrüchen in Alterspflegeheimen großer Teil der Bewohner asympt. infiziert, das bedeutet bei Entlassung in Pflegeheim – gleiche Kriterien wie bei KH: 2x neg. Testung • Antwort wird sich aus Ergebnissen der Studien der Ausbruchsteams und den internat. Untersuchungen ergeben. • Für den Steckbrief sollten FG36 die entsprechenden Daten zur Verfügung gestellt werden • ZIG1 wird sich die internationale Lage bzgl. Häufigkeit und bedeutung komplett asympt. Infektionsgeschehen anschauen und hat z.B. CDC China schon kontaktiert bzgl. neu gemeldeter asymptomat. Fälle [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt]	[geschwärzt]
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
4	**Kommunikation** [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt]	[geschwärzt]

	• [geschwärzt] • [geschwärzt] **Presse** • COVID-19 Seite wurde umstrukturiert: Punkte Meldung und Kontaktpersonenmanagement wurden aufgenommen	Presse
5	**RKI-Strategie Fragen** [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] [geschwärzt]	Präs/FG32
6	**Dokumente** **Änderung des Titels des Dokuments „Umgang mit Leichen"** • Titelvorschlag von [geschwärzt] (Umgang mit SARS-CoV-2 infizierten Leichen) kann so verwendet werden.	
7	**Labordiagnostik** **Grippesaison** • Ende der Grippesaison • Seit Februar 11.100 Proben getestet, davon 0,8% SARS-CoV-2 positiv • Grds. unter den ILI-Patienten COVID-Patienten nicht stark vertreten **RKI interne Laborgruppe** • Frage von [geschwärzt] für AGI zu Labortesten • AGI TK interferiert zeitlich mit TK mit Laborgruppe in der diese	FG17 AL1

	Fragen fachlich diskutiert werden sollen • ███ • Derzeit noch wage Datenbasis und noch nicht so sicher, dass man dazu in AGI was sagen kann • Gerne in der nächsten AGI TK wenn Fragen geklärt *ToDo: ███ informiert in AGI TK* **Umstellung der Diagnostikstrategie:** • Vorschlag von ███, da zu wenige Reagenzien vorhanden, Reduktion auf Risikogruppen, schwere Fälle und KH (unter Voraussetzung, dass verstärkt auch MNS getragen wird) • AG Labordiagnostik: Derzeit wird versucht das Flussdiagramm umzusetzen, mit Unterstützung der Veterinärmedizin • ███ • ███ • Bis dato wurde angewendete Teststrategie auch von virologischer Seite als gut bewertet und Voraussetzung für derzeitige Maßnahmen-Strategie ist, dass viel getestet wird. • Derzeit lineare Entwicklung und ggf. fallende Fallzahlen und damit weniger Testung, sollte aber ggf. im weiteren Verlauf beachtet werden	VPräs/alle
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Entlasskriterien - ambulanter Bereich /Neue Version** • ███ • ███ • ███ • Entlasskriterien für asymptomat. Personen: 14 Tage ab vorliegender PCR Testung, aber keine Freitestung weitere Diskussionen dazu oben unter Erkenntnisse über Erreger **Erfassung klinischer Verläufe durch Register LEOSS des DZIF** • BMG hat IBBS gebeten um Haltung zu Programmen gebeten, die Daten zum klinischen Verlauf sammeln • LEOSS wird empfohlen, wenn nicht schon andere Systeme verwendet werden, Vielfalt der Systeme stellt kein Problem dar • Frage nach Unterstützung durch Medizinstudenten (angestellt über RKI-Werkverträge) die Kliniken unterstützen und Daten in Nähe der KH Daten erfassen • RKI hätte dann auch Zugang zu Daten und könnten sie mit	VPräs/IBBS/alle IBBS/alle

	erfassen und hätte zusätzlich den Vorteil der Möglichkeit der syndrombasierten Surveillance *ToDo: IBBS organisiert Unterstützung der Eingabe durch Medizinstudenten* **Projekt ITCU: Telemedizin zur Stärkung v. Intensivstationen** (Folien hier) • [redacted] hat ein Tool mit der Modelliierergruppe entwickelt, baut auf Nowcasting auf, könnte BL zur Verfügung gestellt werden • Gestrichelte Linien sind Interventionszeitpunkte • Prognose der Anzahl der Patienten, die Intensivbett benötigen • Nowcasting ist sehr sensitiv auf Änderung der Zahlen an Tag zuvor und sagt die nächsten Tage voraus • Es sollte klar kommuniziert werden, dass das das Ergebnis der aktuellen Maßnahmen ist und sich bei veränderten Maßnahmen schnell ändern kann. • Hängt zudem sehr von Gruppen ab, die erkranken und kann sich regional stark unterscheiden – Alter kann aber in Nowcasting eingebaut werden • [redacted] **Telemedizin** • Projekt Hub an der Charité durch das überbelastete ITS in Deutschland Fachexpertise per Telemedizin bekommen können	FG37/alle IBBS
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Umgang mit SARS-CoV-2-pos. med. Personal, dass nach Ende der 14-tägigen Isolation und mind. 48 stündiger Symptomfreiheit weiterhin positive Befunde hat** • Nicht besprochen. **Umgang mit „geheilten" Covid-19 Fällen, wenn diese wieder einen Kontakt zu akut Erkrankten hatten. Erneute 14-tägige Quarantäne oder anzunehmende Immunität ohne weitere Maßnahmen?** • Nicht besprochen.	
9	**Surveillance** • Nicht besprochen	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen	
11	**Internationales** • Nicht besprochen	
12	**Termine**	FG36

	• Heute Nachmittag TK zu serolog. Symptomen • Heute Nachmittag: TK zu Non-Pharmaceutical Methods: [geschwärzt] nimmt teil	

13	**Andere Themen** **Studienprojektseite** • Sollten RKI-Projekte zusammen auf einer Internetseite vorgestellt werden? • In Diskussion mit FO, die Datenbank zu Projekten haben • Projekte sollten auf einer gemeinsame Seite dargestellt werden • Projekttitel und Bearbeiter der Projekte sinnvolle Information damit sich andere orientieren können *ToDo: FO sollte Projekte publikationsgeeignet zusammenfassen und mit Presse abstimmen* **Nächste Sitzung** • 03.04.2020, 13:00 Uhr [redacted]	FG37/alle